JUN 19 1923

1921

Zur Frage der manuellen Plazentalösung

an Hand des Materials der Universitäts-Frauenklinik Halle a. S. in den Jahren 1915—19.

(Auszug aus der Arbeit).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Ernst Düringer

z. Zt. Medizinal-Praktikant aus Ihringen.

1921.

Druck von W. Kersten, vorm. K. Pritschow, Halle a. S., Harz 1 u. 52.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153306_0285

In der Einleitung enthält die Arbeit zunächst einen kurzen Ueberblick über die zum Thema gehörende Literatur. Insbesondere sind darin auch die verschiedenen Indikationen der manuellen Plazentalösung, ferner die verschiedenen Ursachen, die gewöhnlich zu einer Retention der Plazenta führen, sowie die Aetiologie und das Wesen der sogen. Plazenta accreta genauer erörtert.

In dem Zeitraum vom 1. I. 1915 bis 31. XII. 1919 wurden an der Universitäts-Frauenklinik Halle a. S. unter 3339 Geburten 27 manuelle Plazentalösungen (= 0,808%) ausgeführt; den geringsten Prozentsaß mit 0,435% hatte das Jahr 1919 zu verzeichnen.

Veranlaßt wurde die Lösung 12 mal (= 44,4%) durch eine Nachgeburtsblutung, und zwar bestand in 10 Fällen gleichzeitig eine Plazenta praevia; in einem Fall von Plazenta praevia stand die Blutung sofort nach der Lösung, in den 9 übrigen dagegen erst auf contraktionserregende Medikamente, kalte und warme Uterusspülungen usw. hin; einmal kam es troß alledem zum Verblutungstod. Bei einem der beiden leßten Fälle bestand neben der Blutung eine zweite Indikation der Lösung in eklamptischen Anfällen, die während der Eröffnungsperiode aufgetreten waren. Die Eklampsie wurde in diesem Falle durch die künstlich eingeleitete Geburt und die im Anschluß an die Geburt ausgeführte sofortige Lösung der Plazenta aufs günstigste beeinflußt.

9 mal (= 33,3%) lag der Grund der Lösung in einer Blutung, bei gleichzeitig bestehender partieller Adhärenz der Plazenta. 3 mal war hier die Blutung durch die teilweise Verwachsung allein bedingt, während 3 mal eine Atonia uteri bestand, die auch nach der Lösung bekämpft werden mußte und bei einer Frau den Tod veranlaßte. 2 mal handelte es sich um eine Plazenta praevia, 1 mal um eine Tubenecken-Plazenta und 6 mal um normalen Sitz derselben.

1 mal (3,7%) war es eine durch Einwachsen der Chorionzotten in die Uterusvenen bedingte vollkommene Adhäsion ohne Blutung, die eine Stunde p.p. die manuelle Lösung notwendig machte.

In einem weiteren Fall lag die Indikation in einem Ansteigen der Fieberkurve; sofort nach der Lösung traten hier wieder normale Temperaturen auf.

4 mal (14,8%) war die Indikation, die zur Lösung führte, nicht besonders angegeben; nach dem Verlauf der Fälle war sie wahrscheinlich im Ausbleiben der Spontanlösung, kompliziert durch Blutungen, gegeben.

In 2 Fällen bestand während einer Reihe früherer Schwangerschaften eine Disposition zur Plazenta-Retention, die jedoch bei der letzten Geburt wieder geschwunden war; in 2 weiteren Fällen wechselten Geburten mit normalen und gestörten Plazenta-Perioden mit einander ab.

In 2 Fällen läßt sich die Entstehung der Plazenta-Adhäsionen mit Wahrscheinlichkeit auf eine überstandene Endometritis und einmal auf die Organisation und Resorption einer Blutung hinter der Plazenta (im Sinne Hegar's auch Abortgefahr bedingend) zurückführen.

Von den für die reine Plazentaretention ohne gleichzeitig bestehende Verwachsung äetiologisch wichtigen Faktoren läßt sich bei den 27 Fällen mit Sicherheit nur die Atonie erwähnen; vielleicht lag in einem weiteren Fall die Ursache in einer auffallend leichten Plazenta (350 gr) und in einem andern in einer solchen mit auffallend lockerem Gewebe bei macerierter Frucht. Die bekannten übrigen Voraussetzungen, die die Lösung oder Ausstoßung der Plazenta verzögern können, finden sich in den Krankenberichten nicht erwähnt; insbesondere finden sich keine Angaben über Mißbildungen des Uterus oder der Plazenta, Strikturen des Muttermundes, schlechtgeleitete Nachgeburtsperioden u. s. w.

In der Regel war die Lösung bei älteren Frauen, die schon mehrmals geboren haben, erforderlich. Erstgebärende finden sich nur in 18,5%. Im Durchschnitt fällt auf jede Frau eine Geburtenzahl von 5,96 und ein Alter von 35 Jahren.

18 mal (66,6%) ging der Lösung eine schwer verlaufende Geburt mit größeren entbindenden Operationen voraus.

Bei der Lösung wurden Uterusrupturen nicht beobachtet, ebenso auch keine Luftembolien.

Eine Verschleppung von Scheidenkeimen suchte man 1915 3 mal zu vermeiden durch desinfizierende Scheidenspülungen, und 2 mal durch den Versuch, die Vagina beim Eingehen auszuschalten, durch Herabziehen der Cervix vor die Scheide; von diesem Verfahren hat man jedoch in den späteren Jahren wieder Abstand genommen.

Ausspülungen des Uterus nach der Lösung mit Brom-Chlorwasser, heißen und kalten Alkohollösungen

u. s. w., die neben der Abtötung und Entfernung von in das Uteruskavum verpflanzten Infektionserregern in der Hauptsache noch blutstillende und kontraktionserregende Wirkung haben, werden heute noch, hauptsächlich aus dem letzten Grunde angewandt.

Der Verlauf war 10 mal (3,7 %) fieberlos, 15 mal (55,5 %) durch Fieber gestört; auf eine sicher durch den manuellen Eingriff erfolgte Infektion läßt sich das Fieber jedoch nur in 3 Fällen (11,11 %) zurückführen.

60 % der fieberfreien Fälle waren Spontangeburten, 80 % der fieberhaften hatten einen erschwerten Geburtsverlauf mit größeren entbindenden Operationen.

Die Mortalität durch Verblutung beträgt 7,4 %, die durch septische Infektion bedingte Mortalität 0 %.

Die durch Infektion hervorgerufene Morbidität ist auch an der Frauenklinik Halle trotz der größten aseptischen Vorsichtsmaßregeln noch sehr hoch, höher als bei allen anderen geburtshilflichen Operationen mit intrauterinem Eingriff. Bessere Resultate werden sich in Zukunft wohl nur noch erzielen lassen durch Herabsetzung des Prozentsatzes der manuellen Lösungen. Dieses Ziel soll in sehr vielen Fällen erreicht werden durch die Turgescierung der Plazenta und durch Anwendung des Momburg'schen Schlauches, der von vielen Autoren besonders bei allen Fällen mit atonischen Blutungen zu empfehlen ist. Diese zwei Methoden sollten daher stets vor der manuellen Lösung angewandt und erprobt werden.

Aus der Universitäts-[illegible] Halle a. S.

([illegible])

Die Vorbeugung und Behandlung der Hirnsyphilis nach neueren Forschungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

[illegible]

Oskar Schmidt | Eisleben